

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 34

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DACTYLITES SYPHILITIKES

A FORME DE TUMEUR DES GAINES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Claude ROCHARD

Né le 3) Juillet 1884, à Mâcon (Saône-et-Loire),

Externe lauréat des Hôpitaux de Lyon,

Interne suppléant de l'Asile Départemental du Rhône.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1909

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 31

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DACTYLITES SYPHILITIKES

A FORME DE TUMEUR DES GAINES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON,

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

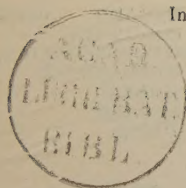
PAR

Claude ROCHARD

Né le 31 Juillet 1884, à Mâcon (Saône-et-Loire),

Externe lauréat des Hôpitaux de Lyon,

Interne suppléant de l'Asile Départemental du Rhône.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1909

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ DOYEN.

J. COURMONT ASSESEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	X...
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire	ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND, ag.
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LEPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	LATARGET, ch...
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	BÉRIEL, ch...
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	BRETIN, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	THEVENOT, ch...
TIXIEF	PATEL		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, *Président*; COURMONT (P.), *Assesseur*,

MM. GAYET et BÉRIEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A Mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LYON

1906. MM. DURAND, Chirurgien des Hôpitaux, Agrégé
à la Faculté;

— TIXIER, Chirurgien des Hôpitaux, Agrégé
à la Faculté;

1907. MM. JOSSERAND, Médecin des Hôpitaux;

— NICOLAS, Professeur de Clinique des Maladies
cutanées et syphilitiques;

1908. MM. MOUISSET, Médecin des Hôpitaux;

— WEILL, Professeur de Clinique infantile de
la Faculté de Médecine;

1909. M. DODERO, Médecin en chef, à l'Asile de Bron.

INTRODUCTION

Nous devons l'idée de ce modeste travail à M. le professeur Nicolas. Il nous a fait l'honneur de présider notre thèse. Nous l'en remercions vivement. Qu'il nous permette aussi de lui dire combien nous sommes heureux d'avoir pu, pendant les six mois d'externat passés dans son service, suivre son enseignement magistral et en tirer le plus grand profit pour notre avenir.

MM. les D^{rs} Favre, médecin des hôpitaux de Lyon, Durand, chirurgien des hôpitaux et Moutot nous ont donné de précieux renseignements. Ils nous ont témoigné une grande bienveillance ; qu'ils acceptent tous nos remerciements.

Notre thèse est une contribution à l'étude des dactylites syphilitiques à forme un peu spéciale de tumeur des gaines. Elle est basée sur une seule observation, complète, il est vrai, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique et que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Nicolas, MM. Durand et Moutot. Mais elle nous a paru intéressante parce qu'elle soulève une question importante. Jusqu'à ces dernières années, en effet, on ne pensait pas qu'une infection puisse donner naissance à des

formations anatomiques ayant toute l'apparence des tumeurs. Déjà on a réparé cet oubli au point de vue tuberculose. La syphilis à son tour, d'après ce que nous avons observé, peut provoquer de semblables lésions. Nous ne saurions prétendre pourtant élucider cette question si difficile du rapport des inflammations et des tumeurs. Nous essaierons seulement, en nous aidant des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, de démontrer que les infections et, dans le cas particulier, la syphilis sont capables de donner des lésions simulant complètement une tumeur.

Nous diviserons notre travail de la façon suivante :

CHAPITRE PREMIER. — *Historique et Etiologie,*

CHAPITRE II. — *Symptômes et Diagnostic.*

CHAPITRE III. — *Anatomie pathologique. Discussion,*

CHAPITRE IV. — *Pronostic et Traitement.*

CHAPITRE V. — *Observation. Conclusions.*

Arrivé à la fin de nos études médicales et avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier nos maîtres des hôpitaux de Lyon et ceux qui nous apprirent les premiers éléments de la médecine mentale.

Nous sommes heureux d'avoir comme membres de notre jury de thèse MM. Gayet, chirurgien des hôpitaux, Paul Courmont et Bériel, médecins des hôpitaux et leur adressons nos plus sincères remerciements.

Nous sommes reconnaissant tout particulièrement à M. le Dr Dodero de la grande bienveillance qu'il nous témoigna toujours pendant près d'une année passée dans son service.

Je remercie également mes camarades d'externat qui

surent me donner plus d'une fois des marques de sympathie qui ne s'oublient pas.

A mes collègues d'internat j'adresse mes meilleurs vœux de réussite et leur exprime mes regrets de n'avoir pu rester plus longtemps parmi eux et apprécier davantage la cordiale et sincère camaraderie qu'ils m'ont toujours témoignée.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DACTYLITES SYPHILITIQUES
A FORME DE TUMEUR DES GAINES

HISTORIQUE

Le terme de dactylite syphilitique a été employé pour la première fois en 1859 par Chassaignac, dans *La Clinique européenne* et dans son *Traité sur la suppuration*. En 1860, Nélaton fait une leçon clinique sur une lésion qu'il découvre, le panaris syphilitique. L'attention des auteurs, à partir de cette époque, est attirée sur cette affection, mais il ne se publie aucune étude d'ensemble. Il faut arriver jusqu'à R. W. Taylor. En 1871, celui-ci publie un important mémoire sur ce sujet : On dactylitis syphilitis (*in American journal of syphiligraphy, dermatology*). Dans ce mémoire, Taylor commence par définir et préciser le terme de dactylite. Pour lui, c'est une lésion tertiaire, une lésion gommeuse du doigt, mais il ne faut pas tenir compte pour la dénommer, du tissu affecté. « C'est une erreur de croire, disait-il, que la syphilis n'attaque l'organisme que couche par couche, en commençant par le

plus extérieur des téguments : toute la substance organique est envahie par le virus dès le début de l'intoxication. » Taylor, de plus, établissait une classification très rationnelle des dactylites que nous signalerons plus loin.

Après cet auteur, nous trouvons Morgan qui, dans la *The medical Press and Circular*, fit deux articles fort remarquables sur ce sujet, tout en communiquant quelques observations nouvelles. Pendant quelques années, on ne fait que publier les nouveaux cas, jusqu'à ce que Grancher et son élève Noir s'occupent à nouveau de la difficulté du diagnostic que peut soulever cette affection. D'ailleurs, déjà rare par elle-même, puisque Noir, dans sa thèse, n'en a réuni que 68 cas, dans la littérature médicale, elle peut prendre des allures si spéciales que ces nouvelles formes sont presque inconnues. Au reste, nous savons déjà que sur l'anatomie pathologique, le plus grand nombre des observations est muet, même lorsqu'il s'agit de formes bien connues. On est mal fixé sur la lésion et son allure anatomique. Pour la forme rare que nous allons étudier dans ce travail, l'anatomie pathologique, au contraire, a été bien observée ; nous verrons qu'ici la syphilis a perdu complètement son allure habituelle. Elle a pris le masque d'une lésion, le myélome des gaines, avec lequel il a été impossible de la distinguer tout d'abord. Nous n'avons pu nous procurer d'autres observations ; il n'y en a qu'une de Schuchardt qui, certainement, se rapprochait beaucoup de la nôtre. Publiée dans les *Archives d'anatomie pathologique* en Allemagne, elle a été rapportée par Maucclair dans la *Chirurgie des*

muscles, tendons, bourses séreuses et de la peau (1901).

Il ne nous a pas été possible de nous la procurer.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons faire rentrer notre cas dans le cadre des dactylites syphilitiques superficielles circonscrites. Taylor, en effet, a divisé cette lésion en deux catégories : les dactylites superficielles et les dactylites profondes, qui touchent au système osseux. Dans la forme superficielle, il distingue les lésions diffuses, c'est-à-dire celles « où les néoformations constituent une nappe d'étendue variable, pouvant atteindre une ou plusieurs phalanges ou même plusieurs doigts, en se substituant en quelque sorte au tissu qu'elle envahit. Dans la forme circonscrite, au contraire, on trouve une ou plusieurs petites tumeurs situées à des profondeurs variables dans les tissus mous, et d'où le processus pourra s'étendre dans tous les sens en superficie et en profondeur. »

Nous verrons d'ailleurs que, si la lésion décrite plus loin peut rentrer dans le cadre général des dactylites superficielles circonscrites, elle en diffère pourtant par son évolution spéciale qui lui donne l'aspect du myélome des gaines.

ÉTIOLOGIE

Nous ne ferons que rappeler l'étiologie des dactylites syphilitiques en général. La forme que nous décrivons étant à peine signalée par les auteurs n'a pas d'étiologie spéciale.

Fréquence. — C'est une lésion rare, quelquefois secondaire, le plus souvent tertiaire, de la syphilis héréditaire ou acquise. Taylor n'en comptait que 12 cas en 1871. Gross, par contre, dans son *Traité de chirurgie* la déclare fréquente, mais il ne donne aucune preuve à l'appui de cette assertion. En 1879, Lewin publiant une statistique qui portait sur 5 à 6.000 cas de syphilis observés par lui de 1862 à 1877 à la Charité de Berlin, ne signale la dactylite que 6 fois : 3 chez les enfants et 3 chez les adultes. J. Heller, de Berlin, déclare que sur 8 à 9.000 malades, il n'a rencontré que 2 fois cette lésion. Noir, dans sa thèse de Paris 1906, n'a pu réunir dans toute la littérature médicale que 68 cas, dont 34 chez les adultes et 33 seulement dans la syphilis acquise.

Sexe. — C'est un facteur peu important. Lewin a

relevé 10 cas chez les hommes, 5 chez les femmes et 15 chez les enfants. Noir, dans ses observations personnelles, note 11 hommes, 11 femmes et 3 enfants.

La date d'apparition de la lésion, après le chancre infectant, offre plus d'intérêt ; elle est généralement tardive. Cependant elle est quelquefois très précoce. Dans notre cas elle apparaît 4 ans après le chancre. On l'a signalée plus tôt encore : 15 jours après le chancre (Guyot) ; 7 mois (Scarenzio) ; 2 ans (Beauregard, Lewin) ; 28 mois (Taylor) ; 2 à 5 ans (Lewin) ; 3 à 4 ans (Fox).

Dans la syphilis héréditaire, elle apparaît généralement dans la première année ; cependant, là encore, les exceptions sont nombreuses.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

L'étude symptomatique d'une pareille lésion est difficile à établir, étant donné le peu d'éléments dont nous disposons. Nous compléterons d'ailleurs ceux qui nous sont fournis par notre observation par les renseignements puisés dans le *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, ainsi que dans Taylor et la thèse de Noir.

Une cause insignifiante, un frottement, un choc, une fatigue locale peuvent marquer le début. Le plus souvent elle affecte une marche torpide et lente ; on note quelquefois une période primitive de douleurs (voir observation), puis apparaît une tuméfaction progressive d'un doigt, ou mieux d'une phalange. Le siège à la face palmaire comme dans notre observation est exceptionnel dans la dactylite syphilitique superficielle. La gomme se développe peu à peu, elle prend la forme d'une plaque, d'une tuméfaction circonscrite qui fait corps avec la gaine et dont le volume peut atteindre celui d'un œuf de poule. La consistance est ferme, élastique, rénitente, sans fluctuation vraie. A la longue, elle adhère à la peau, et une plaque d'un rouge brun ou violacé marque sa place à la surface des téguments.

Elle finit par se ramollir, et par l'ouverture s'échappe un peu de pus. On a signalé des cas où « la gomme se sphacélait en quelque sorte et s'éliminait par grands lambeaux ». Cependant, Noir fait remarquer que les lésions progressent surtout du côté des régions profondes, osseuses, et du côté de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Quoi qu'il en soit, une fois l'ouverture produite, elle apparaît sous l'aspect d'une ulcération régulièrement arrondie, de dimension variable, profonde, à bords non déchiquetés, non décollés. Cette ulcération peut rester en l'état, mais quelquefois Duplay signale qu'elle peut se couvrir de bourgeons fongueux qui se diffusent. Dans notre cas il y avait un gros bourgeon arrondi en champignon et pas de bourbillon. La phalange paraît élargie. Il n'y a pas de chaleur, pas de douleur à la pression.

L'évolution ne nous montre aucune tendance à la cicatrisation spontanée. Dans notre cas, après l'intervention, la lésion semble avoir reçu un véritable coup de fouet : l'ulcération s'est agrandie, elle s'est couverte de bourgeons charnus, roses transparents, mous, du volume d'un petit œuf de pigeon faisant penser, dit l'observation, à une récurrence sarcomateuse rapide. Duplay et Reclus signalent d'ailleurs la possibilité de l'erreur.

Pour porter un diagnostic exact dans ce cas, il faut chercher quelques éléments ailleurs qu'au niveau de la lésion locale.

L'interrogatoire tout d'abord nous apprendra, si, à un moment donné, il n'y a pas eu de lésions suspectes

au niveau des organes génitaux. Chez l'homme on peut assez facilement obtenir cet aveu. Chez la femme on sera plus embarrassé, car chez elle la syphilis passe très souvent inaperçue, ou bien est cachée volontairement; dans ce cas, il sera bon de faire préciser certains accidents secondaires qui manquent bien rarement.

L'examen général du malade viendra compléter ces premières données. On peut quelquefois retrouver la cicatrice du chancre, et souvent on pourra constater des accidents syphilitiques tertiaires, soit contemporains, soit anciens, mais ayant laissé des traces indélébiles. Si on ne retrouve aucun antécédent suspect, on pensera au facteur héréditaire. La dactylite a été signalée en effet assez fréquemment dans l'hérédo-spécificité.

La marche progressive et lente, la non-tendance à la cicatrisation et l'efficacité du traitement spécifique enfin pourront nous aider dans ce diagnostic.

Nous pouvons cependant nous poser la question de savoir si les symptômes et les signes physiques de cette affection sont suffisamment nets pour que celui-ci soit possible. Nous devons reconnaître que, dans notre observation, il ne fut pas fait dès le début, bien que connaissant les dactylites superficielles et les antécédents syphilitiques du malade.

Si nous essayons de donner les signes caractéristiques de la maladie, nous pouvons dire :

C'est une tuméfaction progressive survenant au niveau d'un doigt, avec phase primitive de douleurs. La tuméfaction siège sur la face palmaire et aboutit à

l'ulcération. Rien du côté de la face dorsale. Les articulations ne sont pas touchées. Il n'y a pas de suppuration franche, pas de tendance spontanée à la guérison. Enfin, après ablation, récurrence possible *in loco* avec les mêmes caractères que la première lésion et à marche progressive également.

Les lésions des parties molles qui ressemblent le plus à cette affection sont les suivantes :

La synovite séreuse chronique dont nous emprunterons la description à Heurtaux : « C'est une affection rare qui paraît due surtout à l'arthritisme, se manifeste au doigt sous la forme d'une tumeur cylindroïde, parfois bosselée, occupant toute la longueur de la gaine et manifestement fluctuante. » Dans notre cas, la tumeur qui occupe une partie de la gaine seulement et la tendance rapide à l'ulcération sont des éléments suffisants pour faire rejeter cette hypothèse.

La synovite fongueuse des gaines est plus difficile à distinguer. Le début est lent et insidieux, la tumeur donne une sensation inégale de mollesse et par points de fluctuation, mais elle a une tendance à envahir toute la gaine revêtant la forme en boudin. Elle remonte avec le tendon sous la peau ; puis survient une période où les mouvements sont difficiles. La peau finit par contracter des adhérences, et des fistules se produisent avec écoulement de liquide séro-purulent et de fongosités. Or, dans notre cas, nous avons vu que les mouvements des articulations et du tendon étaient bien conservés même après l'ulcération, ce qui ne se produit jamais dans la synovite fongueuse.

Le fibrome des gaines est une tumeur rare de petit

volume qui reste stationnaire et ne s'ulcère pas, ce qui peut nous suffire à l'éliminer.

Nous signalerons également pour mémoire le panaris diabétique qui, par sa marche rapide vers la gangrène accompagnée de glucosurie se différencie très vite, et le panaris de Morvan qui, malgré quelques caractères communs, s'élimine facilement par les stigmates nerveux qu'on rencontre dans cette affection.

De même on arrive assez vite à rejeter l'hypothèse d'une lésion osseuse : l'examen radiographique devra toujours être fait.

Le spina ventosa tuberculeux ne nous arrêtera guère ; on pourrait y penser, mais l'os étant sain, l'absence de fistulisations véritables et de fongosités permettent d'éviter la confusion. La fistulisation dans ce cas d'ailleurs a plutôt tendance à se faire du côté dorsal.

Il nous reste maintenant à distinguer notre lésion des tumeurs propres des gaines et des formations d'origine infectieuse leur ressemblant.

Le myélome des gaines se présente en effet sous l'aspect d'une tumeur à marche progressive siégeant sur la face palmaire, immobile dans le sens longitudinal, d'une consistance molle, surface lobulée, mais n'ayant aucune tendance à l'ulcération. C'est là un caractère sur lequel insistent tous les auteurs qui ont étudié cette maladie. Nous voyons donc déjà que, si la première partie de la description est identique à la dactylite syphilitique, l'évolution nous permettra d'éliminer le myélome.

Quant au sarcome des gaines qui, au point de vue clinique, ne se différencie de la précédente tumeur que

par son ulcération et par sa marche progressivement envahissante, les éléments qui autoriseraient à le rejeter nous manquent, puisque dans notre cas, après la récurrence, ce fut le diagnostic clinique qui fut porté. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, au moindre doute, et après examen histologique, il sera prudent d'essayer, chez un malade porteur d'une telle lésion, le traitement antisiphilitique avant de songer à une mutilation. Si celui-ci échoue, nous aurons alors la ressource de l'opération pour arrêter sa marche.

Enfin la tuberculose peut, ainsi que le montre le cas publié récemment par MM. le professeur Forgue et Massabuau, donner naissance à de semblables lésions sans qu'on puisse, par l'examen clinique, porter le diagnostic de l'origine bacillaire. La distinction clinique étant impossible, sauf si on a des antécédents héréditaires personnels très nets, c'est au laboratoire qu'il faut nous adresser. Nous discuterons plus loin la question de l'examen des coupes de ces tumeurs. Pour le moment, nous disons que l'inoculation au cobaye est la pierre de touche de l'infection tuberculeuse. Malheureusement jusqu'à présent et malgré les nombreuses expériences du professeur Delbet, l'inoculation de ces tumeurs à myéloplaxes, où l'on pouvait penser à la tuberculose, ont été négatives. Il ne reste donc que l'examen histologique que nous étudierons plus loin.

La sporotrichose peut également se localiser sur les gaines et produire des fistules pouvant entraîner la confusion. La culture sur milieu approprié et l'inoculation au cobaye nous permettent de rejeter cette hypothèse.

En résumé, et comme le démontre notre observation, c'est bien plus encore sur le traitement hydrargyro-iodique qu'il nous faut compter pour affirmer la nature de la maladie que sur les caractères cliniques et les signes différentiels d'une confusion facile avec ceux d'autres lésions.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de cette lésion syphilitique est très intéressante en ce qu'elle soulève à nouveau la question de la nature du myélome des gaines.

L'examen macroscopique fait lors de l'opération par M. Durand, donne les renseignements suivants : on constate l'absence de pus, de fongosités, de synovite. Le tendon est sain, nacré. Le squelette n'est pas touché, et on reconnaît que la lésion est une néo-production ayant pour point de départ la face antérieure de la gaine synoviale des fléchisseurs. D'autre part, l'allure cliniquement bénigne faisait penser à un myélome des gaines.

L'examen histologique fait par MM. le professeur Paviot et Bériel au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Lyon confirme notre opinion.

« Les coupes montrent un stroma fibrillaire infiltré d'éléments cellulaires très nombreux et de formes très variables. Les uns sont petits, à protoplasma pauvre comme des cellules inflammatoires ; d'autres sont plus volumineux et donnent l'aspect de cellules épithé-

liôides. En certains points, ces derniers éléments sont groupés en amas, au sein desquels quelques cellules s'allongent ou confluent, arrivant à former des éléments multinucléés. Ils n'ont cependant pas les caractères des cellules géantes. Il ne s'agit pas de tuberculose. Il y par contre toutes probabilités pour qu'on soit en présence de lésions probablement parasitaires ou infectieuses dites : myélome des gaines.

Il est facile, en effet, de comparer cette description avec celle où Heurtaux et Malherbe ont donné les caractéristiques des myélomes. On remarque vite les analogies qu'elles ont entre elles.

« Nous avons pu isoler trois sortes de cellules constantes, sans compter les cellules graisseuses, et des petits amas de cellules rondes embryonnaires, qui nous ont paru avoir une origine irritative, et ne pas faire partie essentiellement du néoplasme.

« Les cellules appartenant en propre au néoplasme sont : 1° les cellules myéloïdes; 2° les myéloplaxes, et enfin 3° des cellules fusiformes ou légèrement étoilées appartenant au tissu conjonctif de soutien. Les cellules myéloïdes et les myéloplaxes sont pour nous les cellules caractéristiques du myélome. Nous les considérons comme n'étant qu'une seule et même espèce de cellules, et que certaines cellules myéloïdes résultent de la segmentation des myéloplaxes.

« Les myéloplaxes varient de 30 à 100 μ , offrent des aspects et des formes qui défient toute description. Ils présentent des noyaux plus ou moins nombreux et inégalement répartis, de petit volume. Beaucoup d'entre eux sont creusés de vacuoles qui paraissent

résulter de la segmentation partielle du protoplasma.

« Les cellules myéloïdes ont un diamètre de 10 à 20 μ . Elles sont munies d'un noyau assez petit pour le volume de l'élément, et elles ont un protoplasma à contours bien nets, ce qui leur donne un faux air de cellules épithéliales. Quelques-unes ont deux noyaux et on trouve des formes nombreuses de transitions entre les myélopaxes. »

En résumé, pour ces deux auteurs, la tumeur est un néoplasme. Son élément caractéristique est le myélopaxe ou cellule géante.

Dans notre cas, il s'agit donc bien de myélome, semble-t-il au premier abord ; mais, ainsi que le font remarquer MM. le professeur Forgue et Massabuau, il est difficile d'expliquer alors la nature et la genèse d'une pareille tumeur : le myélopaxe est une cellule de la moelle osseuse, qui peut donner naissance à certaines variétés de sarcomes des os, mais on ne comprend pas bien que le développement de tumeurs à cellules d'origine médullaire puisse se produire ailleurs, et, dans le cas particulier, sur une gaine tendineuse.

MM. le professeur Forgue et Massabuau proposent pour résoudre le problème deux hypothèses :

1^o Ou bien, disent-ils, il faut admettre que la cellule conjonctive qui prolifère dans le sens néoplasique peut par une sorte de kataplasie évoluer vers le type médullaire pour former un myélome, comme elle peut évoluer vers le type cartilagineux ou vers le type osseux pour former un chondrome ou un ostéome ;

2^o Ou bien les cellules géantes de ces tumeurs ne

sont pas de vraies cellules médullaires, ne présentent qu'une analogie morphologique plus ou moins frappante avec les myélopaxes et les médullocytes ; le nom de myélome ne convient pas aux tumeurs qui les renferment.

Rien n'est plus trompeur, ajoutent-ils, que les analogies morphologiques, notamment quand il s'agit de cellules géantes. La cellule géante ne doit être considérée que comme un élément cellulaire en état de suractivité fonctionnelle, état qui se caractérise par l'hypertrophie du protoplasma et la division du noyau et qui est réalisé dans le but d'une phagocytose plus active.

D'ailleurs, ces idées sur la nature inflammatoire des myélomes ont déjà été émises à Lyon. Laulanié, dans sa thèse écrivait : « C'est le caractère commun à toutes les productions accompagnées de cellules géantes, qu'elles sont d'origine inflammatoire. Elles se rattachent à l'inflammation par ce double caractère : 1° Elles comportent un mouvement plus ou moins accentué de prolifération cellulaire ; 2° ce mouvement est sollicité par l'intervention d'une provocation extérieure dont l'action se produit avec une sorte de modération impossible à établir mais qui paraît être la condition indispensable à la production des cellules géantes. Ces conditions sont réunies dans les processus si divers qui s'accompagnent de cellules géantes : tuberculose, syphilis, actinomycose. »

MM. le professeur Poncet, Dor et Bonhomme ont également soutenu cette opinion que les tumeurs myéloïdes étaient des néoformations inflammatoires en

se basant sur l'étiologie et l'anatomie pathologique. Bonhomme, au reste, s'il distingue nettement la cellule géante de cette tumeur du myéloplaxe vrai de la moelle, se défend d'assimiler cette cellule géante à celles du follicule tuberculeux. Il énumère leurs caractères communs, mais il ajoute : Tandis que dans le faux myéloplaxe les noyaux sont ordinairement disséminés au sein du protoplasma, dans la cellule géante tuberculeuse, ils sont disposés régulièrement à la périphérie de l'élément. Pour lui la cellule géante qu'il observe dans le myélome est de nature inflammatoire, mais non spécifique. L'inflammation banale quelle que soit sa nature peut la donner.

Depuis Heurtaux et Malherbe qui avaient fait de ces lésions un véritable néoplasme, nous voyons apparaître l'idée de l'inflammation et de l'infection comme cause primitive de celles-ci. Nous pouvons donc admettre dès maintenant qu'une infection spécifique, comme la tuberculose ou la syphilis, pourront provoquer de semblables lésions. Pour la tuberculose les travaux qui ont appuyé cette hypothèse sont déjà nombreux et il n'entre pas dans notre travail d'en faire l'énumération. Nous ne les rappelons que pour étayer notre démonstration au point de vue syphilitique.

Les cas dans lesquels la syphilis était nettement la cause de cette néo-formation sont, en effet, peu nombreux. Il est, d'ailleurs, à remarquer que dans les observations de myélomes parus antérieurement, en particulier dans celles de Heurtaux, rapportées par Bonhomme, on n'a pas interrogé les malades à ce point de vue, sauf dans un cas où on ne signale dans

les antécédents ni tuberculose, ni syphilis (première observation). Ailleurs, il n'en est pas question. Nous nous garderons de dire, cependant, que tous ces myélomes étaient d'origine syphilitique, mais il peut rester un doute dans l'esprit.

Quoi qu'il en soit, il nous reste à établir que la syphilis peut donner ces lésions. Nous rappellerons pour cela que MM. le professeur Nicolas et Favre ont décrit des cellules géantes typiques dans tous les cas de syphilides tertiaires cutanées ou muqueuses qu'ils ont observées. Avant eux, Unna et Darier avaient déjà signalé ces formations histologiques, mais elles ne semblaient pas avoir été décrites avec toute leur valeur avant les travaux des deux syphiligraphes lyonnais. Dans les observations qu'ils publièrent lors d'une première étude portant sur dix cas, et, comme en firent foi les coupes histologiques, les micro-photographies de MM. Lumière et les dessins à la chambre claire, ils trouvèrent des formations histologiques très définies et tout à fait semblables aux cellules géantes et aux cellules épithélioïdes des follicules tuberculeux classiques. Sur une préparation, qui n'est autre qu'une gomme du scrotum, on rencontre un nodule composé de trois zones : en bordure, on trouve une couronne de cellules embryonnaires, cellules conjonctives, cellules lymphatiques à protoplasma très réduit constituant autour du nodule un cordon d'inflammation qui le circonscrit très nettement. Au delà, on trouve une zone moyenne de cellules plus volumineuses à protoplasma plus abondant, fixant les couleurs acides, à noyau vésiculeux prenant moins bien les réactifs colorants

que les cellules embryonnaires ; elles répondent tout à fait aux cellules épithélioïdes des formations tuberculeuses. Les limites de ces cellules, souvent nettes, sont parfois floues, indistinctes, et un certain nombre d'éléments semblent se fusionner et apparaissent comme une nappe protoplasmique unique avec deux ou trois noyaux vésiculeux, véritable ébauche de cellule géante. Au centre du nodule se montrent des cellules géantes, volumineuses, irrégulières dans leurs contours, arrondies ou ovalaires. Leur protoplasma est grenu, vitreux. Il se colore bien par les colorants protoplasmiques acides. Dans cet élément, on voit, soit rejetés en forme de croissant à l'un des pôles, soit disposés en couronne plus ou moins régulière, soit plus ou moins irrégulièrement répartis dans le protoplasma, un grand nombre de noyaux du même type que ceux des cellules épithélioïdes.

Cette description, qui correspond de tous points, on le voit, à celle du follicule tuberculeux le plus typique, est celle d'un véritable nodule ou follicule syphilitique, suivant la dénomination de Malassez et Brissaud.

Si nous rappelons maintenant les caractères de notre lésion observée par M. le professeur Paviot et M. Bériel, nous voyons immédiatement l'identité entre les deux descriptions. Il est vrai que M. le professeur Paviot fait remarquer à propos des éléments multinucléés, qu'ils n'ont cependant pas les caractères des cellules géantes. Mais MM. le professeur Nicolas et Favre croient qu'il s'agit de cellules géantes en miniature « qui aboutiront, par extension du processus, à la constitution des cellules géantes typiques » dont nous

avons donné la description plus haut. C'est là une discussion un peu théorique, mais les éléments observés dans ce cas sont semblables à ceux précédemment décrits. La similitude paraîtra encore plus complète si on se reporte à la figure IV du premier mémoire de MM. le professeur Nicolas et Favre (contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées). Cette figure, dessinée à la chambre claire sur coupe de syphilide gommeuse du scrotum, présente des follicules syphilitiques typiques analogues à ceux décrits ici.

Il existe un cas, envisagé au point de vue histologique, de syphilis des synoviales tendineuses des extenseurs du doigt, bien étudié par Schuchardt dans les archives d'anatomie pathologique. Le tendon était sain, la couche interne de la gaine épaissie et garnie de bourgeons et de feuillets. De très abondantes cellules rondes existaient dans les lésions, surtout dans les prolongements signalés. Les cellules rondes s'étaient infiltrées dans les tissus voisins périphériques.

Quant aux autres lésions, elles consistaient surtout en vascularite, endo- et périartérite ; c'est là ce qu'il y a de plus spécial, de plus particulier aux lésions spécifiques.

Si on admet qu'histologiquement le diagnostic entre tuberculose, syphilis et, dans notre cas particulier, myélome des gaines, est impossible par suite de la présence dans ces trois affections d'éléments cellulaires identiques, il faut chercher ailleurs les caractéristiques de ces lésions. Nous ne pouvons que signaler l'opinion de M. le professeur Renaut qui, lors de la discussion

des études de M. le professeur Nicolas à la Société médicale des hôpitaux de Lyon disait : « Le diagnostic histologique entre lésion tuberculeuse et syphilitique tertiaire pourra se baser sur la caséification qui est spéciale au processus bacillaire, tandis que l'artérite syphilitique détermine une ischémie différente de la caséification proprement dite ». Mais là encore nous ne possédons pas une base certaine d'appréciation. L'endo- et la périvascularite regardées comme propres à la syphilis ont été retrouvées par MM. Nicolas et Favre assez fréquemment dans des altérations indubitablement tuberculeuses. La prédominance du tissu fibreux dans les lésions syphilitiques ne nous permet pas non plus de faire le diagnostic anatomique de cette lésion.

Au reste, déjà en 1883, dans un article de la *Gazette médicale de Paris*, M. le professeur Renaut disait que « les affections tuberculeuses ne sont spécifiques que par leurs causes figurées et non par leur expression anatomique. »

. En résumé, l'analogie entre les éléments cellulaires décrits par MM. le professeur Nicolas et Favre dans les syphilides tertiaires et ceux que Malherbe et Heurtaux considèrent comme caractéristiques du myélome, est frappante. Le myéloplaxe dont ils font l'élément spécial à ces tumeurs, peut prêter facilement à confusion. MM. le professeur Forgue et Massabuau, que nous citions plus haut, ne s'expliquent pas sa présence en tant que cellule d'origine médullaire, dans des tissus conjonctifs. Il est donc plausible de suspecter son origine et de croire que le myéloplaxe, si bien décrit, n'est pas autre chose qu'une cellule géante, opinion confir-

mée d'ailleurs par l'examen des coupes histologiques. Bonhomme, dans sa thèse, a reproduit une des coupes de Malherbe dont l'identité avec celles de MM. Nicolas et Favre est visible. Quant aux autres cellules désignées par Malherbe sous le nom de myéloïdes, nous ne voyons pas de différence histologique entre elles et celles que MM. Nicolas et Favre ont appelées épithélioïdes dans leurs lésions.

Il semble donc légitime de conclure de cet ensemble de faits que les myéloplaxes et les cellules myéloïdes sont dans bien des cas des cellules géantes et épithélioïdes d'origine infectieuses. Il y a eu probablement erreur d'interprétation des coupes histologiques antérieures. Le myélome n'est plus une tumeur, ainsi qu'on l'a reconnu avant nous, c'est une inflammation d'origine quelconque. Ce qu'on a décrit était bien la lésion anatomique, mais il ne fallait pas en faire la cause même de la maladie. Il faut chercher celle-ci dans une infection généralisée de l'organisme. La syphilis, la tuberculose et d'autres affections donnant des formations anatomiques identiques, on ne peut les distinguer par l'examen microscopique. C'est à la clinique et dans le cas particulier de syphilis, au traitement qu'il faut nous adresser pour interpréter les résultats de l'examen histologique. Il est d'ailleurs regrettable que les observations antérieures de Heurtaux ne mentionnent pas dans les antécédents la présence ou l'absence de syphilis. Il nous est permis de penser que quelques-unes de ces observations pourraient figurer dans notre thèse, la tuberculose et la syphilis surtout étant peut-être plus souvent qu'on ne l'a cru jusqu'ici les causes fréquentes de cette affection.

PRONOSTIC

Il est facile de comprendre que le pronostic d'une pareille affection est intimement lié à la précocité et à l'exactitude du diagnostic. Comme nous l'avons vu plus haut, celui-ci est entouré de nombreuses difficultés par suite de la ressemblance avec les tumeurs, les lésions tuberculeuses ou parasitaires du doigt. Et pourtant, quelle importance il y a pour le malade à ce qu'il soit exact. Nous lui éviterons une intervention mutilatrice sur les doigts, intervention qui dans le cas particulier ne peut guérir le malade. Le diagnostic étant exact, le pronostic devient favorable au point de vue de la lésion digitale, tout en restant réservé sur la syphilis constitutionnelle et sur la possibilité de nouvelles lésions tertiaires en cas de non-traitement consécutif.

TRAITEMENT

Cette question, qui doit terminer notre travail, mérite, quoique bien connue à l'heure actuelle, de nous arrêter un peu.

Nous avons vu dans notre observation l'importance que le traitement a pris, non seulement au point de vue de la guérison de la lésion mais aussi pour le diagnostic. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que pareil fait se produit. L'importance diagnostique du traitement hydrargyro-iodique n'est plus à établir. De nombreux faits l'ont démontré. Tout ce qu'on peut objecter à l'heure actuelle, c'est que l'iodure de potassium agissant sur d'autres lésions et les guérissant également, en particulier l'actinomyose, la sporotrichose, il pourrait se faire que, dans certains cas, il se fût agi de lésions parasitaires au lieu de syphilitiques. Il sera donc bon, si on veut se mettre à l'abri de toute critique, de faire comme dans notre cas des cultures en milieu approprié et des inoculations au cobaye. Les affections mycosiques étant ainsi éliminées, le traitement conservera toute sa valeur diagnostique.

Au point de vue curatif, nous n'avons pas à insister.

Il ne nous reste qu'à indiquer la façon dont nous le comprenons. Dans le cas de lésions tertiaires, il faut un traitement intensif, et pour cela, nous croyons devoir conseiller celui qui nous a réussi, c'est-à-dire la méthode des injections intra-musculaires de bi-iodure de mercure à 0,04 en solution aqueuse tous les deux jours. Nous donnons également 4 grammes d'iodure de potassium au moment des repas.

Enfin, on peut faire un traitement local à la pommade au calomel au 1/10. Le nombre d'injections est variable ; dans notre cas, au bout de la douzième, soit 48 centigrammes de mercure et après un traitement à l'iodure qui fut porté à 6 grammes dès la deuxième semaine la lésion s'est cicatrisée. Il sera bon pourtant de continuer le traitement pour prévenir l'apparition de nouvelles gommès en d'autres points. Aussi conseillons-nous la série complète de vingt injections.

OBSERVATION

OBSERVATION

(Communiquée par M. le professeur Nicolas, M. Durand et Montot.)

Pierre F..., vingt-neuf ans, se présente à la consultation chirurgicale de M. Durand, chirurgien des hôpitaux, le 15 décembre 1907 pour une lésion de la première phalange de l'index gauche consistant dans une tuméfaction notable de cette phalange avec ulcération bourgeonnante de sa face palmaire.

Dans ses antécédents, on note : une adénite cervicale suppurée à l'âge de quinze ans. L'exemption du service militaire pour cause indéterminée ; puis en 1906, à vingt-cinq ans une ulcération du gland, suivie d'une éruption de papules disséminées qui a été, à n'en pas douter, un chancre syphilitique. En mai 1907, des douleurs articulaires généralisées surtout vives dans l'épaule.

Le début de l'affection actuelle remonte à fin septembre 1907. A une période de douleurs dans l'index gauche a succédé une tuméfaction progressive de sa première phalange qui s'est ulcérée sur sa face palmaire dans les premiers jours de décembre sans donner issue à du pus en quantité notable.

A l'examen d'entrée, le 15 décembre 1907, on constate une tuméfaction régulièrement fusiforme de la première phalange de l'index gauche sans extension du côté de l'articulation phalango-métacarpienne. La phalange paraît

élargie transversalement. La coloration générale est rosée sans chaleur ni douleur bien vive à l'heure actuelle. La face dorsale est tendue, brillante, lisse mais sans pus apparemment collecté sous la peau. A la face palmaire on constate une ulcération régulièrement arrondie, d'environ 1 centimètre de diamètre, profonde, à bords non déchiquetés, ni décollés, ni taillés à pic, ulcération d'où émerge un gros bourgeon arrondi en champignon. Pas de bourbillon. On ne constate pas de suppuration franche. Ganglions épitrochléens et axillaires du côté correspondant engorgés, gros comme des noisettes, ganglions axillaires également du côté droit.

On aurait pu penser à un spina ventosa tuberculeux mais la radioscopie montrait un os sain avec cependant des contours un peu flous. La lésion semblait donc dépendre exclusivement des parties molles. Devant cette lésion d'aspect anormal, M. Durand décide une intervention chirurgicale.

19 décembre 1907. — L'intervention conduit sur une face antérieure de la gaine synoviale des fléchisseurs notablement épaissie, rosée, donnant naissance à de nombreux bourgeons translucides, sans fongosités, ni pus. L'intérieur de la gaine est indemne, le tendon est sain, nacré. Le squelette de la phalange est trouvé sain également.

L'idée de tuberculose est éliminée pour celle plus probable de tumeur de la gaine. On pratique l'excision de la partie malade suivie de thermo-cautérisation.

Examen histologique (fait par MM. Paviot et Beriel au laboratoire d'anatomie pathologique de M. le professeur Tripier). « Les coupes montrent un stroma fibrillaire infiltré d'éléments cellulaires très nombreux et de formes très variables. Les uns sont petits à protoplasma pauvre comme des cellules inflammatoires; d'autres sont plus volumineux et donnent l'aspect de cellules épithélioïdes. — En certains points ces éléments sont groupés en amas au sein desquels quelques cellules s'allongent ou confluent, arrivant à former des éléments multinucléés. Ils n'ont cepen-

dant pas les caractères des cellules géantes, il ne s'agit pas de tuberculose. Il y a par contre toute probabilité pour qu'on soit en présence de lésions probablement parasitaires ou infectieuses dites : myélome des gaines. »

15 janvier 1908. — A la suite de l'intervention loin de se cicatriser, la plaie s'est mise à progresser comme dimensions, les bords se sont décollés, le fond s'est garni de bourgeons, mollasses, transparents, proliférant avec rapidité, si bien qu'aujourd'hui vingt-sept jours après l'intervention, la première phalange de l'index gauche s'est extrêmement épaissie transversalement; la face palmaire très élargie est le siège d'une ulcération à bords décollés, de 15 centimètres de diamètre, par où s'échappe une masse de bourgeons charnus, roses, transparents, mous, du volume d'un petit œuf de pigeon faisant penser immédiatement à une récidue sarcomateuse rapide de la tumeur primitive enlevée.

Cette conclusion comportait comme conséquence une intervention radicale chez le malade.

Cependant. M. le professeur Nicolas, frappé des antécédents syphilitiques du malade et surtout des caractères histologiques de la tumeur primitive excisée « cellules inflammatoires, cellules épithélioïdes en amas, arrivant à former des éléments multinucléés » et de la similitude absolue de cette description avec ce qu'il avait déjà vu avec M. Favre dans les lésions syphilitiques tertiaires cutanées ou muqueuses, souleva l'hypothèse peu vraisemblable au point de vue clinique en présence de cette récidue à type sarcomateux, qu'il pourrait s'agir peut-être de syphilis et demanda d'essayer sur le malade un traitement antisyphilitique intensif.

23 janvier 1908. — L'hypothèse de syphilis est corroborée par la constatation de lésions circinées des bourses qui ne sont autres que des syphilides papuleuses circinées. Desensemencements sur milieu approprié n'ont pas donné

de culture de sporotrichum. L'inoculation au cobaye d'un fragment de la tumeur excisée a été négative.

A ce moment, très épais gonflement de la première phalange de l'index gauche et de l'articulation phalango-phalangienne. Sur les faces palmaires et latérales, vaste ulcération bourgeonnante déjà décrite. Par place, les bourgeons sont recouverts par un exsudat puriforme d'apparence gommeuse. Aucune tendance à la cicatrisation.

Traitement : Injections de bi-iodure de mercure 4 centigrammes en solution aqueuse tous les deux jours. Iodure de potassium 4 grammes par jour aux repas. Pansement local au calomel à 1/10.

22 février 1908. — Très rapidement, dès les premiers jours du traitement la lésion s'est améliorée, les bourgeons exubérants se sont flétris et affaissés, les bords de la plaie ont commencé à se recoller et l'ulcération a paru se rétrécir.

Aujourd'hui après douze injections soit 48 centigrammes de biiodure de mercure, une semaine d'iodure de potassium à 4 grammes, suivie de trois semaines à 6 grammes, la lésion est complètement cicatrisée, le doigt a repris peu à peu son volume normal, sauf un léger degré d'épaississement transversal apparent.

CONCLUSIONS

I. — La dactylite syphilitique est une lésion rare, surtout sous la forme superficielle circonscrite.

II. — La symptomatologie de cette lésion, telle que nous l'avons décrite, montre combien la syphilis peut perdre ses caractères distinctifs; se transformer et simuler d'autres maladies, en particulier les tumeurs des gaines synoviales.

III. — L'évolution clinique et la récurrence après intervention chirurgicale peuvent faire croire à une tumeur sarcomateuse.

IV. — L'anatomie pathologique ne peut suffire à faire la distinction entre ces deux affections. Les cellules inflammatoires, épithélioïdes et cellules géantes, que l'on rencontre dans cette lésion, se trouvent également dans les myélomes, la tuberculose et sporotrichose.

V. — Il est probable cependant que, dans les myélomes, on a souvent considéré comme myéloplaxes véritables des cellules géantes d'origine infectieuse.

VI. — Le myélome des gaines, regardé comme d'origine inflammatoire, reconnaît peut être, plus souvent qu'on ne l'a signalé jusqu'ici, comme source de l'inflammation : la syphilis.

VII. — Le traitement hydrargyro-iodique a ici une importance diagnostique considérable.

VIII. — Le diagnostic étant exact, le pronostic de la lésion digitale devient favorable.

IX. — Le traitement doit être intensif par des injections intra-musculaires de sels mercuriels, l'iodure de potassium à hautes doses et le traitement mercuriel local.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 décembre 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, 1859.
- TAYLOR, *On dactylitis syphilitis in American Journal of syphiligraphy et dermatology*, 1871.
- FOURNIER, Note sur les lésions des gaines tendineuses dans la syphilis secondaire (*Gazette hebdomad.*, 1868, p. 645).
- *Leçons sur la syphilis*.
- *Syphilis héréditaire*.
- VERNEUIL, Lésions tertiaires des gaines tendineuses (*Gazette hebdomadaire*, 1873, p. 12).
- ROCH, *Hydropisie des gaines tendineuses dans la syphilis secondaire* (thèse de Paris, 1874).
- CHOUET, *De la syphilis dans les bourses séreuses articulaires sous-cutanées et tendineuses*, Paris, 1874.
- VINAY, De la synovite syphilitique secondaire (*Annales de dermatologie*, 1880).
- LAULANIE, Thèse de doctorat, 1888.
- HEURTAUX, Myélome des gaines (*Archives générales de médecine*, 1891, t. XXVII, p. 40).
- PILLIET, Communication à la Société anatomique de Paris, 1893.
- STERNBERG, *Lipomes articulaires du genou* (thèse de Bordeaux, 1894).
- MALHERBE, *Congrès français de chirurgie*, 1896.
- BONJOUR, *Contribution à l'étude des tumeurs tendineuses à miéloplaxes* (thèse de Paris, 1896-1897).
- LEGUEU, Synovite tuberculeuse à forme végétante et hyperplasique (*Presse médicale*, 1897, p. 36).
- BONHOMME, *Contribution à l'étude des tumeurs myéloïdes des gaines tendineuses* (thèse de Lyon, 1897).
- PONCET et DOR, *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*, 2^e édit., t. II, 1897).

- DUPLAY et RECLUS, *Traité de chirurgie*, t. X. De la synovite syphilitique.
- DUCHÈNE MARULLAZ, Thèse de Lyon, 1897-1898.
- VENOT, Myélome des gaines tendineuses à point de départ osseux (*Revue de chirurgie*, 1898, p. 232).
- MENCIÈRE, Myélome de l'index gauche (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1898, n° 7, p. 73).
- KOUZIME, cité par Mauclaire, *Traité de chirurgie clinique*, t. III, p. 542.
- POTHERAT, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1900.
- SCHUCHARDT, Tuberculose et syphilis des gaines (*Archives allemandes d'anatomie pathologique*, 1894. Rapporté par Mauclaire, *Chirurgie des muscles, tendons, bourses séreuses et de la peau*, 1901, p. 174).
- COUTEAUD, Polype tuberculeux de la synoviale du genou (*Académie de médecine*, mai 1905).
- NOIR, *Dactylite syphilitique* (thèse de Paris, 1906).
- NICOLAS et FAVRE, Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées (cellules géantes et follicule syphilitique) (*Annales des maladies vénériennes*, juin 1907, p. 401).
- Communication à la Société des sciences médicales de Lyon, 1907 (*Lyon médical*.)
 - Cellules géantes et follicule syphilitique dans les syphilides tertiaires cutanées et muqueuses. Ces formations permettent-elles de distinguer avec certitude la tuberculose de la syphilis ? (*Province médicale*, 21 décembre 1907, p. 635).
- OMBREDANNE, Tumeurs des gaines tendineuses (*Nouveau traité de chirurgie clinique*, 1908).
- DELBET, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1908, p. 823.
- *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. I.
- GOUGEROT, Réaction néoplasique des tissus conjonctifs au bacille de Koch. Cancer et tuberculose. Contribution à l'étude pathogénique des tumeurs lympho-conjonctives (*Journal de physiologie et de pathologie générales*, 1908, p. 1066).
- FORGUE et MASSABUAU, La forme hypertrophique pseudo-néoplasique de la tuberculose des gaines tendineuses (*Presse médicale*, 1909, p. 745).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique et étiologie	13
CHAPITRE II. — Symptômes et diagnostic	18
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique. Discussion	25
CHAPITRE IV. — Pronostic et traitement	35
CHAPITRE V. — Observation	38
CONCLUSIONS.	43
BIBLIOGRAPHIE	45

